UNIVERSITÉ DE PARIS-VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

13

Année 1972 No

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Pierre FAURE

Né le 6 Décembre 1946 à Lalandousse (47)

Présentée et soutenue publiquement le

LE MALADE CHRONIQUE et LES PROBLÈMES POSÉS PAR SON HOSPITALISATION

Président de Thèse : Monsieur Henri PEQUIGNOT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e^

1972

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543517_0040

UNIVERSITÉ DE PARIS-VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Pierre FAURE

Né le 6 Décembre 1946 à Lalandousse (47)

Présentée et soutenue publiquement le

LE MALADE CHRONIQUE et LES PROBLÈMES POSÉS PAR SON HOSPITALISATION

Président de Thèse : Monsieur Henri PEQUIGNOT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e^

1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

EN RECONNAISSANCE A MON PERE ET A MA MERE

qui m'ont permis d'entreprendre et de mener
à bout mes études de médecine

A MA SOEUR

A MA FAMILLE

A CELLE QUI VA BIENTOT DEVENIR MA FEMME

A SES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur H. PEQUIGNOT

Médecin-Chef de service à l'Hôpital Cochin

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

Nous le remercions pour ses judicieux conseils et son aide efficace.

Au Docteur P. MARSALEIX

Médecin-Chef de Service à l'Hôpital C. RICHET

Qui nous autorisa de bonne grâce à effectuer notre travail dans son service.

En témoignage de reconnaissance pour l'aide qu'il nous apporta toujours.

MA GRATITUDE ENVERS :

Madame GENTILHOMME

Chef de Service des Admissions et des frais de séjour de l'Hôpital Charles Richet

Madame HIRSOUT

Secrétaire médicale

Madame L'ŒLLIEROU et le Service d'Assistance Sociale

Madame COURTEAUX

Archiviste

Le personnel infirmier du Service du Docteur MARSALEIX

Le Docteur Jean-Louis FELIPE

mon ami, qui a collaboré à mes travaux

Mes collègues de l'Hôpital

L E M A L A D E C H R O N I Q U E

et

LES PROBLEMES POSES PAR SON HOSPITALISATION

-:-

P L A N D E L A T H E S E

-:-

A. INTRODUCTION

- L'hôpital pour malades chroniques : définition, place dans le système hospitalier ,
- Plan de travail : présentation ;
- Mode d'étude : instantané - lieu d'étude.

B. DONNEES GENERALES DU SERVICE

- Occupation des lits ;
- Répartition par tranche d'âge ;
- Nationalité ;
- Ventilation du service : durée de séjour ;
- Entrées, sorties ce jour.

C. LE MALADE CHRONIQUE.

- Motifs allégués d'entrée ;
- Diagnostic associés ;
- Affections intercurrentes ;
- Validité des malades ;
- Lucidité des malades ;
- Intéressement, activités (lectures, télé, ergo.) ;
- Entourage : visites, permissions, familles ;
- Mode de vie.

D. ACTIVITE MEDICALE DU SERVICE

- Examens demandés, reçus ce jour ;
- Type de traitement en cours : per os, voie parentérale, perfusions, rééducations, etc...

- Actes pratiqués par personnel para-médical
  * nursing
  * I.M. - I.V.
  * soins locaux
  * Rééducation, etc...

E. QUELQUES REMARQUES

F. CONCLUSIONS

A. I N T R O D U C T I O N

-:-

A côté des hôpitaux d'aigus et des maisons de retraite et hospices, l'équipement hospitalier de la région parisienne a augmenté, ces dernières années, sa capacité d'accueil en discipline de moyen et de long séjour par la construction d'établissements dits hôpitaux pour malades chroniques. Ceux-ci sont destinés à recevoir plus spécialement des malades venant d'hôpitaux aigus et dont l'état nécessite encore des soins qui ne peuvent être assurés que grâce à un personnel médical et un équipement suffisant, ce dont sont dépourvus maisons de retraite et hospices.

L'hôpital Charles Richet, à Villiers-le-Bel (Val d'Oise), inauguré en novembre 1965, d'une capacité de 800 lits, et qui répond à cette appellation d'hôpital pour malades chroniques, nous servira de lieu d'étude dans notre travail sur les problèmes posés par les malades chroniques dans notre système hospitalier.

La définition médicale de la maladie chronique indique qu'il s'agit d'une affection de longue durée, lentement évolutive, mais dont l'évolution est quelquefois entrecoupée d'épisodes aigus. Citons comme exemple type de maladie chronique la sclérose en plaques qui, comme nous le reverrons, occupe une place importante dans les services de chroniques. Ainsi, malade chro-

nique n'est pas forcément synonyme de vieillard grabataire et désorienté, bien que, et nous y reviendrons également, les personnes âgées constituent la grande majorité des hospitalisés en chronique.

Le but de notre étude a été de prendre, pendant une durée de vingt-quatre heures, un cliché aussi complet que possible d'un des quatre services de l'hôpital Charles Richet. Cette enquête peut ainsi être classée en trois grands chapitres :

- Dans la première partie nous donnerons les résultats de notre enquête portant sur l'âge, le sexe, la nationalité, les modes d'entrée et de sorties des malades, la ventilation du service.

- Dans le deuxième chapitre, nous essaierons de mieux cerner la personnalité du malade chronique. Quel est ou quels sont ses motifs allégués d'entrée, présente-t-il des affections intercurrentes, est-il valide ou grabataire, lucide ou désorienté, actif, entouré ou bien abandonné, etc., etc...

- La troisième partie tentera de préciser l'activité médicale d'un service de chroniques en dressant un tableau aussi détaillé que possible des examens demandés, des soins donnés, du type de traitement effectué, ce toujours durant vingt-quatre heures.

A partir de là, nous tâcherons ensuite de dégager quelques conclusions concernant le fonctionnement d'un service de chroniques existant depuis sept ans.

Notre travail, portant, rappelons-le, sur une durée de vingt-quatre heures, s'avère complémentaire de celui fait par

le Docteur Jean-Louis FELIPE (cf Thèse : Hôpital pour malades chroniques) dont l'étude, concernant le même service du Docteur MARSALEIX, s'étend sur une durée de un an (1970) et comporte des données plus générales sur l'hospitalisation du malade chronique et son devenir. C'est ainsi que son enquête comprend l'étude de 302 dossiers de malades hospitalisés en 1970 (année choisie arbitrairement), depuis l'entrée du malade dans le service jusqu'à son devenir après sa sortie même de l'hôpital Charles Richet.

C'est au Bâtiment A, plan trois, dans le service du Docteur MARSALEIX que s'est déroulé notre enquête. Elle a porté, durant vingt-quatre heures de suite comprenant donc les horaires de jour (7 h à 15 h), de garde (15 h à 23 h) et de veille (23 h à 7 h), sur quatre unités de soins ; deux d'hommes et deux de femmes. Chaque unité comporte trente trois lits se répartissant en cinq chambres individuelles et sept chambres de quatre lits chacune. Au total, la capacité d'accueil s'élève donc à cent trente deux lits (soixante six d'hommes et soixante six de femmes). Tous ces malades disposent, au même étage, d'un vaste réfectoire et d'une salle de télévision. Le service de rééducation, commun à tous les services, est un bâtiment central, situé au rez-de-chaussée et où se trouvent également le service de radiologie, le laboratoire, les salles de consultation en externe (ophtalmologie, stomatologie, O.R.L.)

Enfin, avant de passer aux premiers résultats de notre travail, précisons que le jour de l'instantané se trouvaient hospitalisés dans le service soixante deux hommes et soixante dix femmes. Pour ces dernières, ce nombre supérieur à la capa-

cité normale d'accueil ~~des deux unités de soins~~ femmes s'explique par la présence provisoire (d'une durée de 6 mois) de lits supplémentaires, décidée par l'administration Générale de l'Assistance Publique afin de soulager les hôpitaux d'aigus de Paris, transformant plusieurs chambres de quatre lits en chambres de cinq lits.

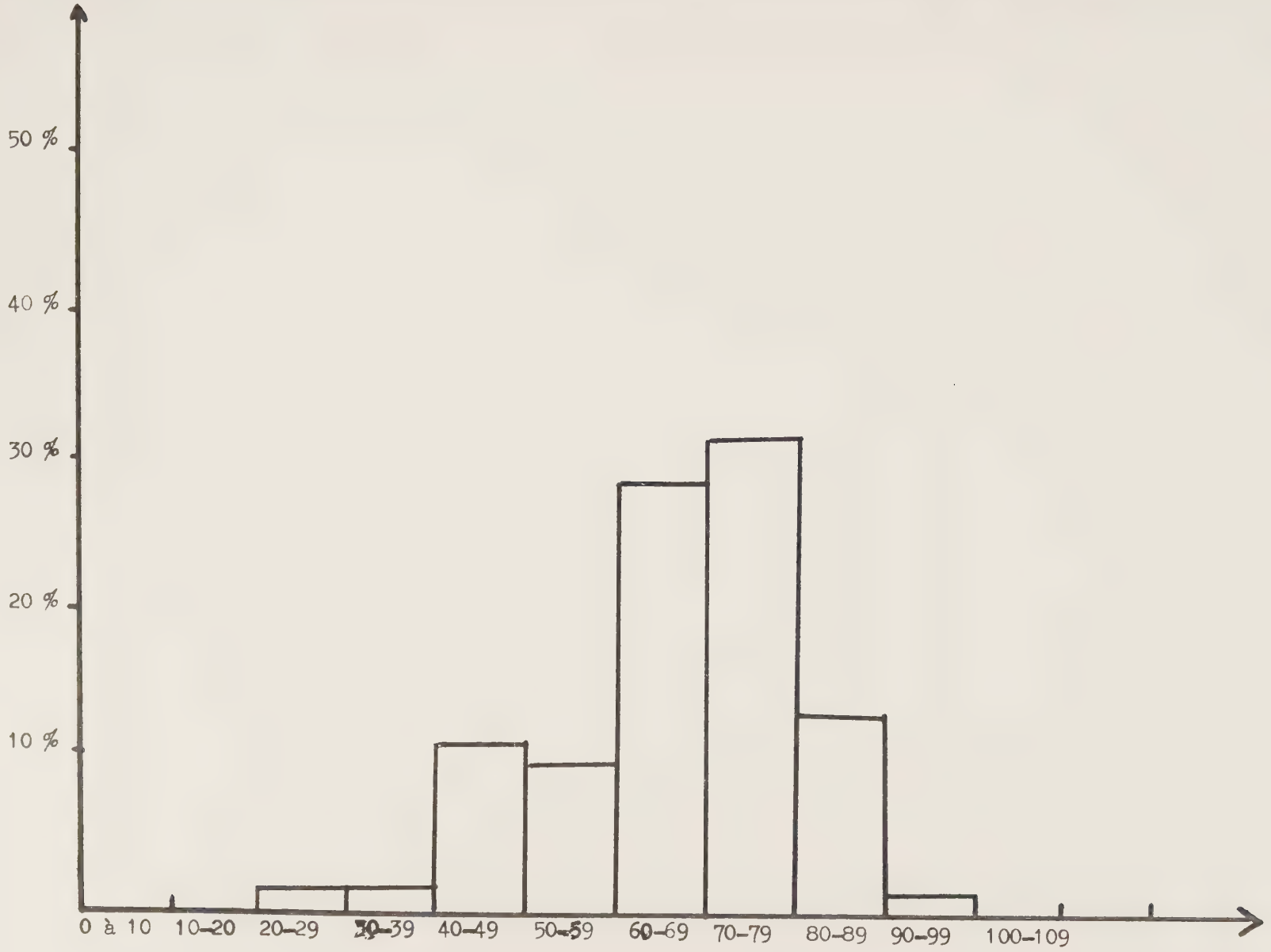
-:-

D O N N E E S G E N E R A L E S D U S E R V I C E

-:-

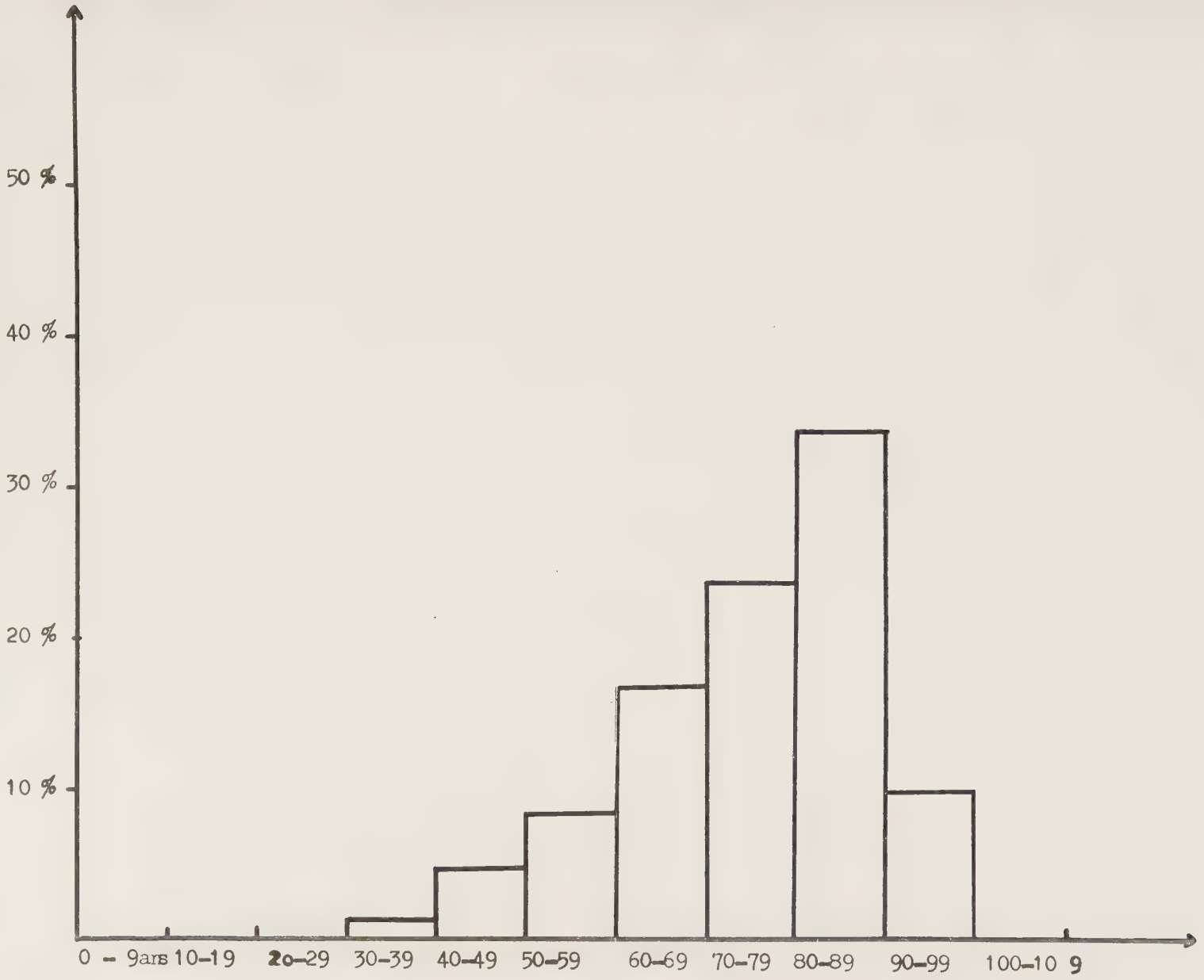
Un premier regard rapide sur les tableaux nº 1-2-3 nous montre tout de suite qu'aussi bien chez les hommes que chez les femmes la répartition des malades par tranche d'âge de 10 ans se traduit par une moyenne élevée. Chez les hommes, la tranche ayant le pourcentage le plus élevé se situe entre 70 et 79 ans : 32 % des hospitalisés hommes du service, puis entre 60 et 69 ans : 29 %. Ainsi plus de 60 % des hommes hospitalisés dans le service le jour de notre instantané ont entre 60 et 79 ans. Par ailleurs, notons qu'il y a seulement deux malades ayant moins de 40 ans : l'un de 35 ans, l'autre de 24 ans. Il est déjà intéressant de noter que ces deux hommes sont entrés dans le service à la suite d'une affection traumatologique consécutive à un accident de la route : l'un pour séquelles d'une fracture de rotule, l'autre étant en coma dépassé depuis plus de cinq mois.

Chez les femmes, la moyenne d'âge des hospitalisées est nettement plus élevée. En effet, 34 % d'entre elles ont entre 80 et 89 ans, alors que chez les hommes cette même tranche d'âge ne représente que 13 % des malades. 24 % des femmes ont entre 70 et 79 ans ce qui fait qu'au total près de 60 % des hospitalisés du service ont un âge se situant entre 70 et 89 ans. Cette moyenne plus élevée que chez les hommes se confirme par le fait que 10 % des femmes ont entre 90 et 99 ans alors qu'un seul homme est âgé de plus de 90 ans. Enfin, nous remarquons qu'une seule malade se situe dans les tranches d'age inférieures à



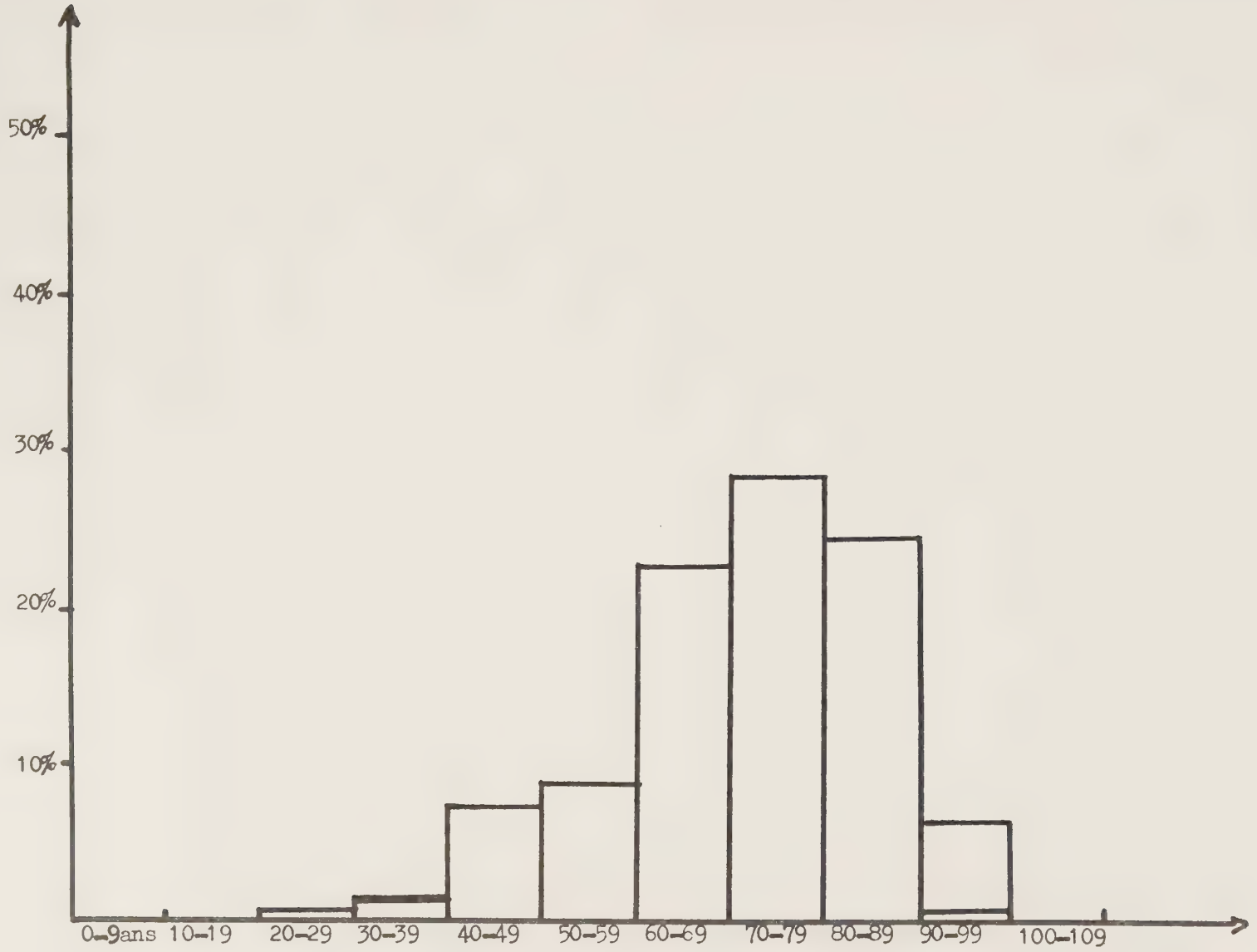
TA B L E A U N° 1

REPARTITION DES HOMMES, PAR TRANCHES D'AGE DE 10 ANS



T A BL E A U N° 2

REPARTITION DES FEMMES, PAR TRANCHES D'AGE DE 10 ANS



T A B L E A U N° 3

REPARTITION DES MALADES SANS DISTINCTION DE SEXE,
TRANCHES D'AGE DE IO ANS

40 ans : cette femme de 37 ans, est porteuse d'une sclérose en plaques.

Si nous considérons maintenant les groupes d'âge sans distinction de sexe, nous insisterons essentiellement sur le fait que exactement trois malades sur quatre ont entre 60 et 89 ans et que 81 % est au-dessus de 60 ans. Par contre, au-dessous de 40 ans, le nombre des hospitalisés ne représente que 2,3 % de tous les malades du service.

Ces premières données nous permettent donc déjà de souligner que le service de chroniques comprend en grande majorité des malades de gériatrie puisque, répétons-le, plus de huit sur dix ont plus de 60 ans. Cette constatation nous entraîne ainsi à poser quelques questions fondamentales sur le fonctionnement actuel d'un service de chroniques et sur sa place exacte dans le système hospitalier.

1) Ces services ont-ils été réalisés d'abord et avant tout pour recevoir des personnes âgées ?

2) Dans une telle éventualité, disposent-ils de structures indispensables au fonctionnement normal d'un service de gériatrie ?

3) En fait, aujourd'hui, l'hôpital de chroniques se distingue-t-il vraiment d'une maison de retraite ou d'un hospice ?

4) Comment peut-on tenter d'expliquer le fait que le nombre de malades jeunes soit si peu élevé ?

Tout au long de notre travail, ce sont ces différents

points que nous tâcherons d'approfondir en tentant d'y apporter quelques éléments de réponse, en se basant toujours sur les résultats de notre enquête dont voici d'autres résultats.

L'étude des nationalités des malades hospitalisés dans le service indique que 85 % d'entre eux sont français, 7,5 % d'Afrique du Nord et près de 7 % sont originaires des autres pays d'Europe, France exceptée. Sur ces pourcentages une remarque intéressante : tous les malades originaires du Maghreb sont de sexe masculin, ce qui représente 16 % des hospitalisés hommes du service. D'autre part, notons que leur moyenne d'âge est de 57 ans ce qui est évidemment nettement inférieur à la moyenne de tous les hospitalisés.

Nous nous sommes ensuite attachés à donner une idée de la ventilation du service. Pour cela nous avons relevé la date d'entrée des malades hospitalisés le jour de l'instantané et calculé depuis combien de temps ils se trouvaient dans le service.

Etant donné que celui-ci n'a commencé à fonctionner que fin 1965, il est bien évident que les plus anciens malades ne peuvent être là que depuis 6 ans 1/2 au maximum.

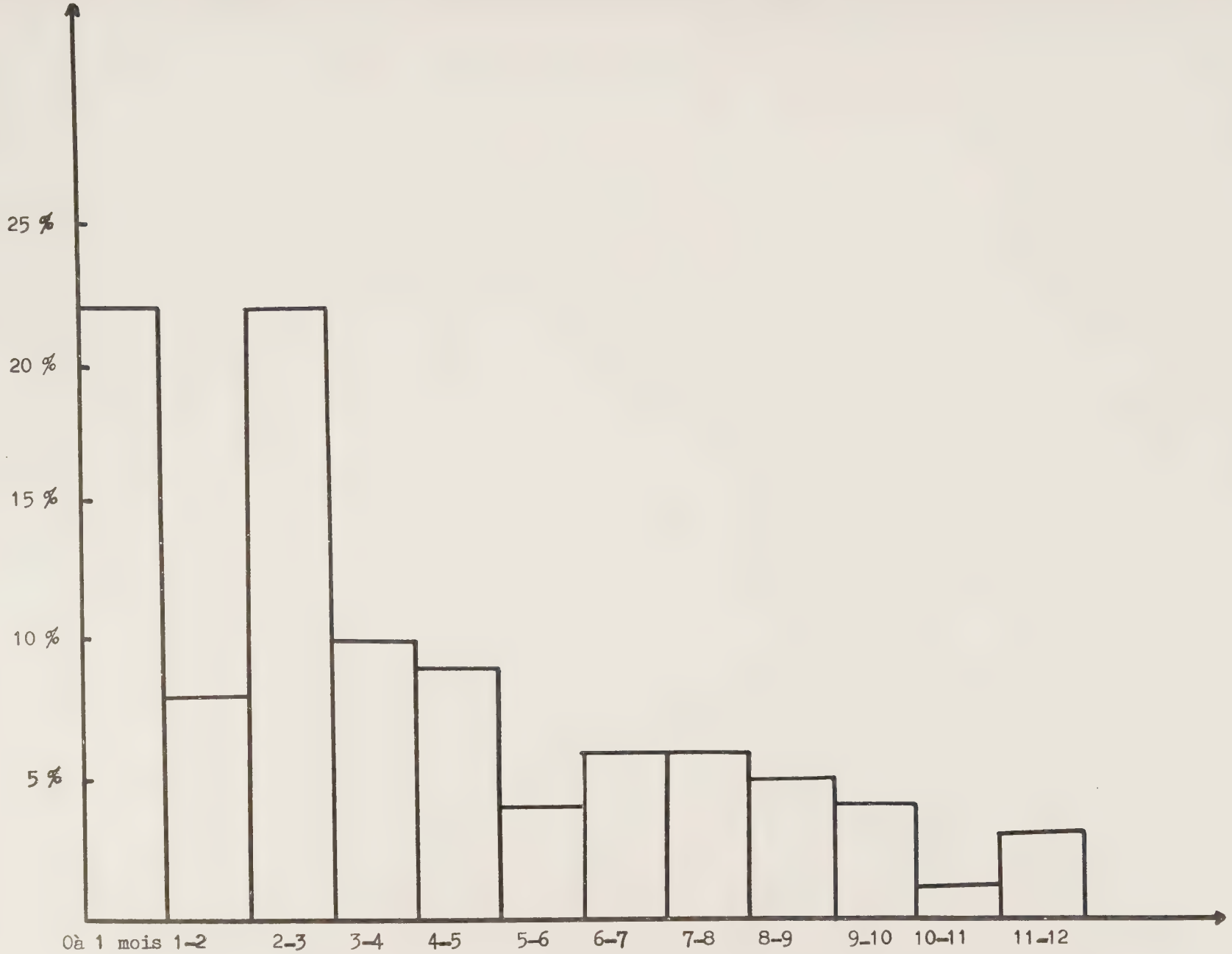
Le tableau nº 4 nous indique tout d'abord que 24 % des hospitalisés, soit pratiquement un sur quatre sont là depuis plus de un an. 2,3 % se trouvent dans le service depuis plus de 6 ans, c'est-à-dire depuis l'ouverture de l'hôpital et 9 % depuis plus de 5 ans. Pour ceux-là, il nous a paru important d'étudier plus précisément leur dossier médical afin de mieux définir le type de chronicité de long séjour du service. C'est ainsi que nous constatons que sur ces douze malades (huit hommes et

90 %
75 %
60 %
45 %
30 %
15 %
0 à 1 an
1 à 2 ans
2 à 3 ans
3 à 4 ans
4 à 5 ans
5 à 6 ans
6 à 7 ans

T A B L E A U N° 4

quatre femmes), cinq d'entre eux dont les quatre personnes de sexe féminin sont porteurs de sclérose en plaques. Celles-ci, évoluant depuis plusieurs dizaines d'années (vingt à trente ans en moyenne) nécessitant chez chacun de ces malades des soins quotidiens importants. En effet, quatre d'entre eux sont paralysés des membres inférieurs et incontinents sphinctériens, le cinquième étant quadriplégique et grabataire. Le jour de notre instantané, ces cinq personnes atteintes de S.E.P. étaient en période stable et donc pratiquement sans traitement médicamenteux particulier. Parmi les sept autres hospitalisés depuis plus de cinq ans, se trouvent quatre autres paraplégiques dont trois d'origine traumatique et une par ostéomyélite vertébrale. Un autre malade est atteint d'une quadriplégie consécutive à de multiples accidents vasculaires cérébraux. On note ensuite une maladie de Little et enfin le cas d'un ancien médecin âgé de plus de 90 ans et qui ayant légué ses biens à l'Assistance Publique est depuis pris en charge par elle. A part ce dernier hospitalisé qui ne présente aucune affection importante, nous pouvons remarquer que tous les autres malades présents dans le service depuis plus de cinq ans sont porteurs de troubles neurologiques graves, nécessitant des soins journaliers et demandant une surveillance constante nécessaire chez des personnes semi-valides ou grabataires mais de toute façon dépendantes.

Si nous considérons maintenant le tableau nº 5, portant sur les hospitalisés depuis moins de un an (75,75 % des malades du service), soulignons que 22 % d'entre eux se trouvent dans le service depuis moins de 1 mois. Cela représente donc vingt-neuf entrées dans le service durant ce laps de temps, dont deux au cours de la journée choisie pour notre enquête. A noter que toutes ces entrées se font par transfert d'un hôpital d'aigu, un seul cas sur cent trente deux étant une admission directe,



T A B L E A U N° 5

la personne hospitalisée étant parente d'un membre du personnel pour insuffisance vasculaire cérébrale. Sur ce même tableau remarquons aussi le nombre élevé de malades hospitalisés depuis deux à trois mois, le pourcentage tombant ensuite au-dessous de 10 % après ce troisième mois.

Pour terminer ce chapitre portant sur la ventilation du service, nous avons noté en ving-quatre heures deux sorties, l'une pour une maison de retraite concernant une femme de 82 ans, atteinte d'hémiplégie ayant nettement régressée, l'autre étant un exitus : évolution terminale d'un cancer généralisé chez un homme de 78 ans (après près de 3 mois d'hospitalisation).

-:-

C. LE MALADE CHRONIQUE

-:-

Essayer de mieux cerner la personnalité du malade chronique nous a amené à le considérer dans un premier temps sur le plan purement médical puis secondairement à replacer ce malade dans un contexte social, passé et présent, et qui conditionne bien souvent l'évolution de son affection.

L'étude des motifs allégués d'entrée de ces malades nous permet d'abord de constater (tableau nº 6) que deux grands groupes d'affections arrivent nettement en tête de par leur fréquence : ce sont les maladies cardio-vasculaires et les affections neurologiques.

Nous avons classé arbitrairement à part les accidents vasculaires cérébraux, qui pourraient logiquement entrer dans l'une ou l'autre catégorie des affections précédentes, mais que nous avons voulu distinguer à cause de leur pourcentage également important.

Viennent ensuite les affections respiratoires, les traumatismes osseux et les affections de l'appareil digestif, les autres motifs allégués d'entrée ne représentent qu'un faible pourcentage.

Un examen plus détaillé des dossiers des hospitalisés atteints d'affections cardio-vasculaires montre que sur trente

25 %
20 %
15 %
10 %
5 %
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES
ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX
TRAUMATISMES OSSEUX
AFFECTIONS RESPIRATOIRES
AFFECTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF
CAS SOCIAUX
AFFECTIONS ENDOCRINO-LOGIQUES
AFF. Appareil génito-urinaire
Mesures disciplinaires

T A B L E A U N° 6

six cas, neuf sont traités pour artérites des membres inférieurs ayant entraîné de gros troubles trophiques et dans quatre cas une amputation.

Neuf autres sont insuffisants cardiaques globaux avec insuffisance ventriculaire gauche prédominante, huit souffrent de troubles du rythme (arythmie par fibrillation auriculaire), sept sont entrés dans le service pour surveillance d'une hypertension artérielle (une d'origine rénale, six essentielles), trois enfin sont porteurs d'un rétrécissement mitral.

Les affections neurologiques représentent, elles aussi plus du quart des motifs d'admission des malades du service. Sur trente-cinq dossiers concernant les hospitalisés atteints de tels troubles, dix, soit près du tiers d'entre eux, sont porteurs de sclérose en plaques. Soulignons que cette terrible maladie frappe : 7,5 % des malades du service ce qui compte-tenu des soins de nursing intenses qu'elle demande représente une énorme charge pour le personnel infirmier essentiellement (mais nous reviendrons sur ce point). Les insuffisances vasculaires cérébrales n'ayant pas entraînées d'accidents aigus sont également assez nombreuses : huit cas relevés avec symptomatologie clinique caractéristique tels les syndromes vertébro-basilaires.

Si plus de la moitié des malades sont ainsi porteurs soit d'une affection cardio-vasculaire, soit d'une affection neurologique, quatre autres grands groupes d'affections, également relativement fréquents comme nous l'avons vu précédemment appellent quelques remarques (tableau nº 8)

La traumatologie osseuse tout d'abord tient une place importante dans la pathologie du malade chronique. Les fractures du col du fémur en constituent près de la moitié (7 cas sur

TABLEAU Nº 7

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

6 9 artérites des membres inférieurs ;
- 9 insuffisances cardiaques globales ;
- 8 troubles du rythme ;
- 7 hypertensions artérielle' ;
- 3 Rétrécissements mitraux.

36 cas soit 27,2 % des malades du service

AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

- 10 scléroses en plaques ;
- 8 Insuffisances vasculaires cérébrales ;
- 4 paraplégies ;
- 2 Parkinson ;
- 2 Epilepsie ;
- 1 Polynévrite ;
- 1 Korsakov ;
- 1 Quadriplégie :
- 1 Coma dépassé
- 1 Maladie de Pick ;
- 1 Syndrome pseudo-bulbaire ;
- 1 Maladie de Little
- 1 Malformation de la charnière occipito-atloïdienne ;
- 1 Myélopathie cervicale

35 cas soit 26,5 % des malades du service.

TABLEAU Nº 8

TRAUMATOLOGIE OSSEUSE

- 7 Fractures du col du fémur
- 2 traumatismes du radius ;
- 2 polytraumatismes ;
- 2 fractures de jambes ;
- 1 fracture cotyle ;
- 1 fracture du fémur ;
- 1 fracture de rotule ;
- 1 fracture de l'humérus ;
- 1 fracture de l'olécrane.

18 cas soit 13,6 % des malades du service

AFFECTIONS RESPIRATOIRES

- 7 insuffisances respiratoires ;
- 4 pneumopathies ;
- 3 asthmes ;
- 2 bronchites chroniques.

16 cas soit 12,1 % des malades du service

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

-15 hémiplégies ;
- 1 quadriplégie

16 cas soit 12,1 % des malades du service

AFFECTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF

- 4 cirrhoses du foie
- 3 cancers du rectum
- 2 cancers du colon ;
- 2 ulcères gastro-duodénaux
- 1 cancer de la langue
- 1 cholécystite aiguë
- 1 diarrhée chronique
- 1 prolapsus rectal

15 cas soit 11,3 % des malades du service

18) et elles concernent toutes les personnes âgées, allant de 67 ans à 95 ans, ce qui ne saurait nous étonner. De même, le chiffre élevé des malades chroniques hospitalisés pour accidents vasculaires cérébraux et affections respiratoires porte essentiellement sur les plus de 65 ans ; 91 % des cas se situent en effet dans cette tranche d'âge supérieure à 65 ans.

En parcourant les dossiers de tous les malades présents dans le service le jour de notre instantané, nous avons été amené à classer un peu à part les affections psychiatriques. Celles-ci, effectivement, sont considérées dans les cas que nous avons étudiés comme maladies associées n'étant pas en premier chef responsables de l'hospitalisation et par conséquent nous ne les avons pas retenues comme motif allégué d'entrée. Exemple : une démence sénile venant dans le service pour une fracture du col du fémur, c'est le second diagnostic que nous avons pris comme motif d'entrée. Cependant, nous devons insister sur le fait que 34,8 % des hospitalisés, présentaient dès leur entrée dans le service, des troubles psychiques à côté d'une des affe tions dont nous avons parlé au début de ce chapitre. Ces troubles peuvent à leur tour être différenciés en trois sous-groupes : désorientation temporo-spatiale : vingt-neuf cas ; démence sénile : neuf cas ; syndromes dépressifs : 8 cas. Ces chiffres montrent déjà l'importance des anomalies psychiques chez les malades chroniques et nous envisagerons ultérieurement les conséquences que cela peut entraîner à la fois sur le plan médical et humain.

Un mot sur les cancers. En les reclassant à part, nous constatons qu'ils représentent 8,3 % des motifs d'entrée. Le tableau suivant précise les différentes localisations de ces tumeurs malignes.

- 3 cancers du rectum
    - un du canal anal, inopéré ;
    - deux de la charnière recto-sigmoïdienne (anus iliaque)
- 2 cancers du côlon ; (anus iliaque)
- 2 cancers de la vessie (urétérostomie bilatérale) ;
- 1 cancer de la prostate, inopéré ;
- 1 cancer de l'utérus (hystérectomie totale) ;
- 1 maladie de Kahler;
- 1 cancer de la langue.

Comme nous le laissions entendre ci-dessus, le malade chronique présente très souvent plusieurs maladies associées. Le jour de notre enquête, nous avons calculé qu'un malade du service, avait, en moyenne, 2, 4 diagnostics. Ce chiffre est cependant encore inférieur à la réalité car pour de nombreux hospitalisés certaines affections telles qu'ostéoporoses ou infections urinaires sont passées inaperçues ou n'ont pu être établies avec certitude faute d'examens complémentaires (radios, culots urinaires).

Ce résultat nous conduit à envisager la fréquence et le type des affections intercurrentes qui viennent frapper des malades en cours d'hospitalisation dans le service. C'est ainsi que durant leur séjour dans le service, 51,5 % des hospitalisés ont présenté des complications venant soit aggraver, soit s'ajouter à la maladie pour laquelle ils avaient été admis en chroniques.

En ce qui concerne les deux unités de soins femmes (soit 70 malades), trente six d'entre elles ont présenté des

affections intercurrentes durant leur admission dans le service jusqu'au jour de notre instantané. Parmi ces trente six, douze ont eu deux ou plus de deux complications depuis leur entrée. Celles-ci peuvent-être, selon leur ordre de fréquence classées ainsi (voir tableau nº 9) : en premier lieu les infections urinaires à répétition, favorisées le plus souvent par la présence de sondes à demeure, dont nous pouvons nous demander si l'emploi, lors des incontinences urinaires, n'est pas un peu dépassé de nos jours, et qui concernent 18,5 % des malades femmes du service. Ensuite viennent les épisodes bronchitiques frappant 13 % des hospitalisées. Puis toujours en décroissant nous notons que 10 % ont présenté des troubles digestifs, 7 % des accidents vasculaires cérébraux, près de 6 % une sensible aggravation de leurs troubles psychiques, plus de 4 % despneumopathies et des poussées de sclérose en plaques. Au total, donc, plus de la moitié des malades du service (aussi bien chez les hommes que chez les femmes) présentent au cours de leur passage en chroniques des complications notoires. Ce résultat statistique nous montre combien l'activité médicale du service, si elle n'atteint pas celle d'un hôpital d'aigus, nécessite un personnel médical et infirmier compétent et un équipement suffisant afin de pouvoir compter sur une thérapeutique correcte.

Afin de mieux avancer encore dans notre connaissance du malade chronique, nous nous sommes attachés, au "portrait" aussi réaliste que possible. C'est ainsi que nous avons pu remarquer que seulement 40,1 % d'entre eux sont totalement valides, se suffisent à eux-mêmes c'est-à-dire capables de se mouvoir sans l'aide d'un membre du personnel, de faire leur toilette seul, de prendre les repas seuls ; 35,6 % des hospitalisés du service entrent dans la catégorie des semi-valides c'est-à-dire

dépendant du personnel infirmier soit pour leur toilette, soit pour la prise des repas ou des médicaments. Enfin, les autres, soit plus de 24 % sont des grabataires.

Une idée de l'activité et de l'intéressement de ces malades chroniques nous est donnée par l'étude de leurs occupations journalières. Ainsi, seulement 11,3 % achètent régulièrement, chaque jour, un journal quotidien de grande presse, 19,7 % regardent assez souvent (plus de trois fois par semaine) la télévision tandis que 65,1 % n'y vont jamais. Par ailleurs, même pas le tiers des malades chroniques (31,6 % exactement) fréquentent le service d'ergothérapie qui propose cependant de multiples activités fort variées telles que vannerie, tissage, peinture, tricot, pyrogravures, boiserie, modelage, etc...

Tous ces indices assez bas trouvent sûrement une grande part d'explication dans le fait que 21,9 % des hospitalisés sont totalement désorientés, incapables de la moindre initiative cohérente. Comme 23,4 % présentent des troubles de la conscience et du comportement assez marqués, il n'y a par conséquent que 54,5 % des malades du service qui sont vraiment lucides, pouvant entretenir une activité soutenue.

L'étude de l'entourage du malade chronique se révèle également fort intéressant à plus d'un titre. Tout d'abord, nous avons pu établir, le jour de notre instantané, que sur 132 malades, 92 avaient de la famille plus ou moins proche. Donc 40 d'entre-eux, soit 30,3 % restaient seuls, n'ayant plus aucun parent. Sur les 92 personnes hospitalisées ayant encore au moins un membre de leur famille vivant, 78 reçoivent des visites hebdomadaires, le samedi ou dimanche le plus souvent, de leurs parents. Par ailleurs, dix-huit malades reçoivent, à la même fré-

TABLEAU Nº 9

COMPLICATIONS EN COURS D'HOSPITALISATION - AFFECTION INTERCURRENTES

- Infections urinaires à répétition : 18,5 % des malades femmes du service ;

- Episodes bronchitiques : 13 %

- Troubles digestifs (épisodes diarrhéiques, nausées et vomissements) : 10 %

- Accidents vasculaires cérébraux : 7 %

- Troubles psychiques (désorientation, sénilité, états dépressifs marqués) : 6 %

- Pneumopathies : 4,3 %

- Poussées de sclérose en plaques : 4,3 %

- Métastases néoplasiques : 4,3 %

- Crises d'asthme : 3 %

- Fractures : 3 %

- Complications du diabète : 3 %

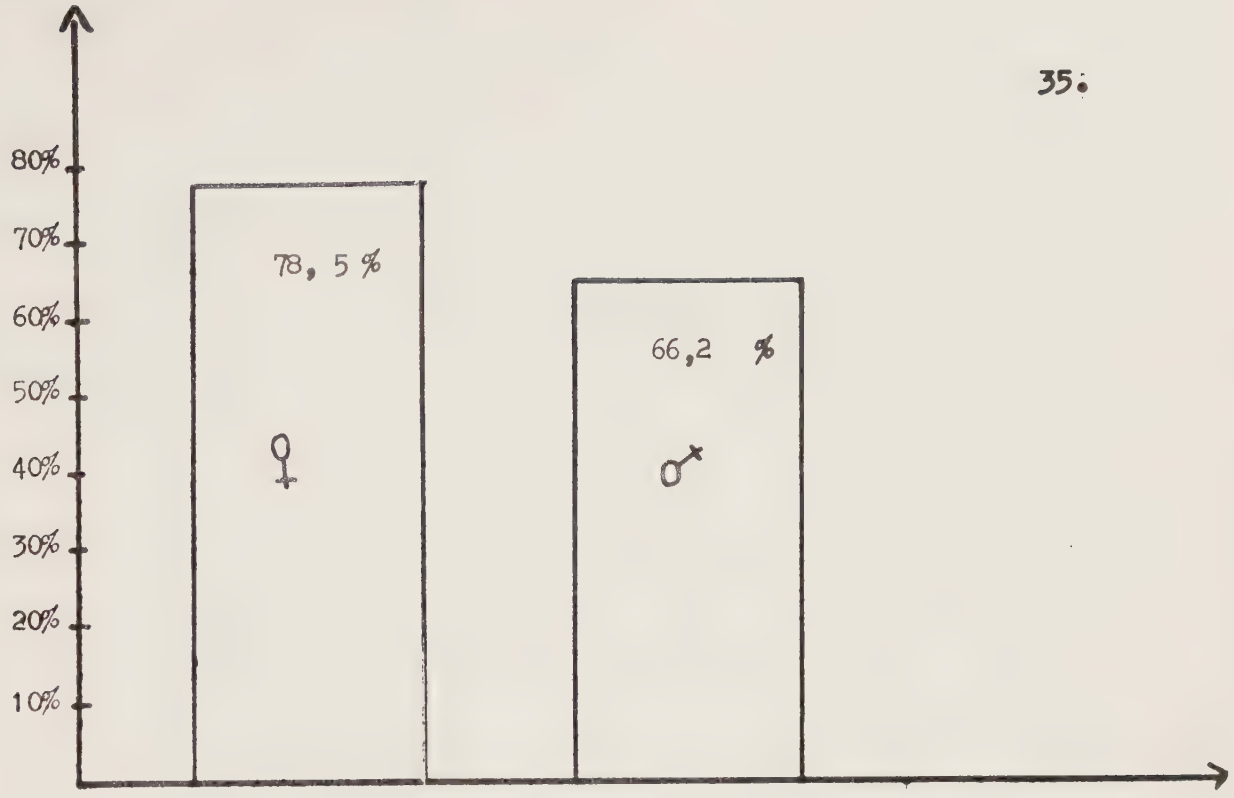
- Autres complications : pourcentage négligeable.

quence, des visites d'amis, ce qui fait qu'au total 72,7 % des hospitalisés du service bénéficient de visites assez régulières c'est-à-dire une fois par semaine. Ce pourcentage laisse clairement apparaître que plus d'un malade sur quatre ne reçoit aucune visite, tandis qu'aucun hospitalisé du service ne reçoit de visite journalière.

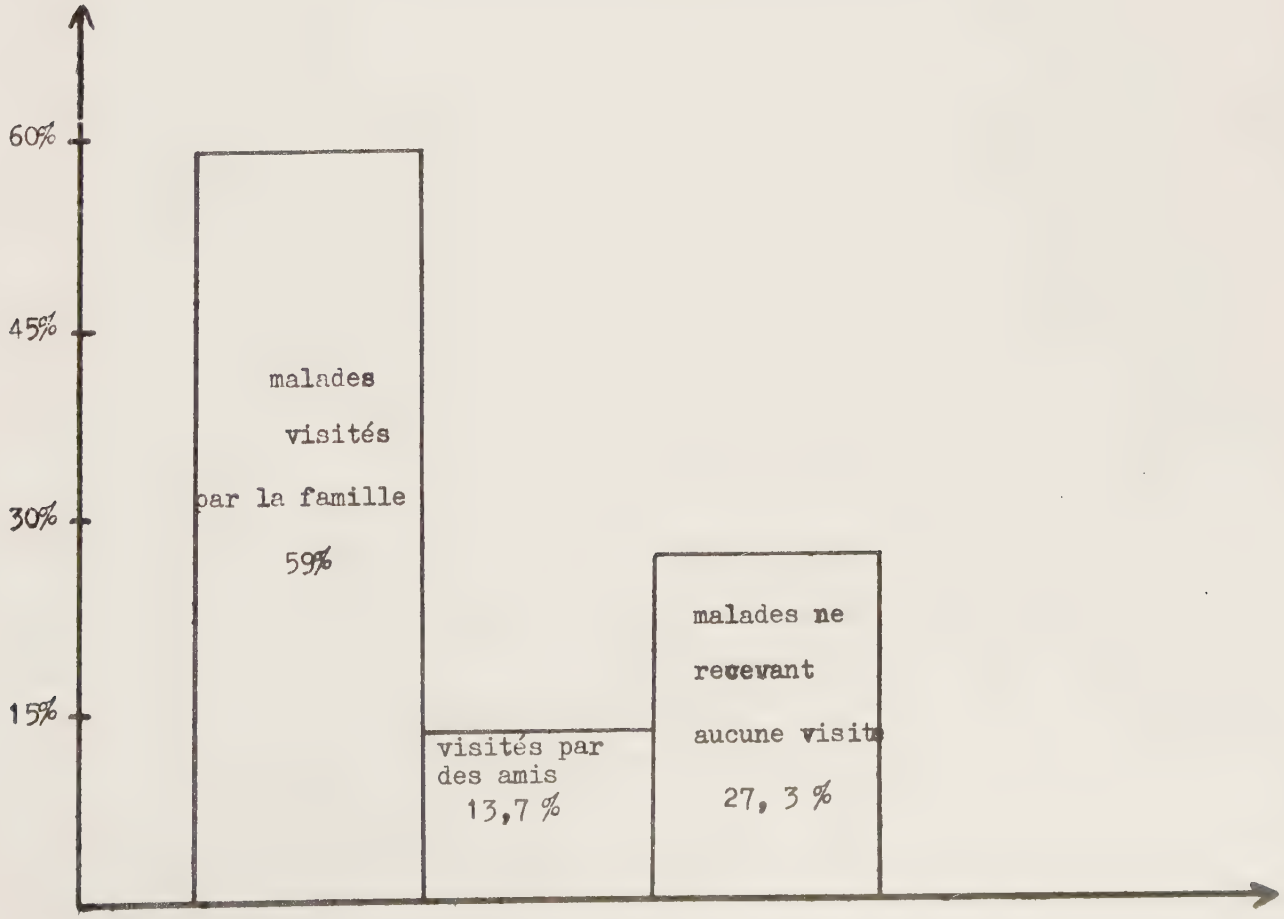
Nous soulignerons, ainsi que le montre le tableau nº 10, que les hommes sont plus abandonnés que les femmes. Ainsi si seulement 21,5 % de ces dernières sont sans visites, le pourcentage chez les hommes est beaucoup plus important : 34 % d'entre eux en effet n'ont pas de visites, ni de parents, ni d'amis. Notons, d'autre part, que seulement 37 familles sont entrées en relation avec les assistantes sociales du service. 55 familles sont donc inconnues du service social de l'hôpital et également du personnel médical. Enfin, relevons que 5,3 % des malades du service sont sans aucun correspondant c'est-à-dire n'ayant aucune personne à prévenir si besoin.

Pour clore ce chapitre portant sur la personnalité du malade chronique, et afin d'être aussi complet que possible, remarquons qu'à peine un peu plus de 6 % bénéficient de permissions régulières à raison d'une sortie, de 24 ou 48 heures par mois, dans leur famille.

-:-



Malades recevant de la visite (hommes, femmes)
(une fois par semaine)



T A B L E A U N° 10

D. ACTIVITE MEDICALE DU SERVICE

-:-

Nous avons ensuite essayé, au cours de notre instantané, de donner un aperçu de l'activité médicale du service, pendant une durée de vingt-quatre heures.

Pour cela, nous avons commencé, par dresser un bilan des examens complémentaires demandés ce jour là, au cours de la visite quotidienne, soit par les deux internes du plan trois, (lieu de notre enquête), soit par le Chef de service.

En ce qui concerne les examens biologiques, cinq groupes se remarquent de par leur fréquence : numération formule sanguine, culot urinaire, urée sanguine, glycémie, ionogramme sanguin. Ces examens constituent aujourd'hui la routine de tout bilan complémentaire lors d'une hospitalisation et il n'est donc pas étonnant qu'ils viennent en premier rang dans un service de chroniques. Nous noterons d'ailleurs qu'ils sont souvent demandés ensemble pour un même malade, faisant partie dsoit d'un bilan d'entrée, soit d'une surveillance régulière durant le séjour dans le service. C'est ainsi que ce jour-là quatre malades ont bénéficié d'un bilan biologique comprenant numération formule sanguine, urée sanguine, ionogramme sanguin et glycémie. Sur les quatre, l'un étant un bilan d'entrée, les trois autres des bilans en cours d'hospitalisation dont un en vue d'une sortie prochaine. Le chiffre élevé des culots urinaires demandés confirme la fréquence des infections urinaires chez les chroniques,

phénomène dont nous parlions déjà dans le chapitre précédent.

Parmi les autres examens biologiques demandés, relevons deux taux de prothrombine pour surveillance de malades sous anticoagulants oraux, un bilan rénal assez complet avec urée sanguine, créatinémie, protéinurie de vingt quatre heures chez une hospitalisée traitée pour une insuffisance rénale, deux hématocrites chez deux malades porteurs de tumeurs malignes et à l'état général affaibli.

En ce qui concerne les examens radiologiques, les demandes du jour se résument à quatre radiographies pulmonaires (deux avec cliché de face uniquement, deux avec cliché de face, plus un profil) et à quatre radiographies osseuses : une radio du crâne à la suite d'une chute, une radio de jambe, pour suivre l'évolution d'une fracture sous plâtre, une radio du bassin et une radio dorso-lombaire.

Enfin, a été pratiquée ce jour là une ponction sternale (examen assez rarement effectué cependant) chez une malade suspecte d'être porteuse d'une maladie de kalher.

L'hôpital ne disposant pas de services permanents d'ophtalmologie, d'ORL et de stomatologie, des consultations ont lieu, deux fois par semaine. Le jour de notre enquête ont été ainsi demandées deux consultations d'ophtalmologie, une consultation d'ORL et une consultation de stomatologie. D'autre part deux malades ont été adressés en consultations dans des services d'aigus de Paris, l'un en dermatologie, l'autre en chirurgie.

Une fois le bilan des examens complémentaires demandés ce jour effectué, nous sommes passé au bilan des examens complé-

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
N. F. S.
CULOT URINAIRE + ANTIBIOGRAMME
UREE SANGUINE
GLYCEMIE
IONO SANGUIN
RX PULMONAIRES
RX OSSEUSES
T. P.
HEMATOCRITE
BILAN PHOSPHO-CAL.
CONSULT. OPHTALMO.
CONSULT. EXTERIEUR.
GLYCOSURIE DES 24 H.
PONCTION STERNALE
UREMIE-URATURIE
CREATINEMIE
PROTEONURIE DES 24 H.
CONSULTATION O.R.L.
CONSULTATION STOMATO.

TABLEAU N° 11

mentaires reçus le matin, pour la visite de l'interne. Soulignons de suite qu'à peu près les mêmes constatations peuvent être faites en dehors du fait que le nombre total des examens reçus est nettement inférieur au nombre total des examens demandés. Cela est probablement lié en grande partie au fait que notre enquête s'étant déroulée un lundi, les examens reçus ce matin-là étaient donc ceux qui avaient été demandés le samedi. Or, ce jour-là de la semaine, et ce phénomène n'est pas particulier aux hôpitaux pour malades chroniques, seuls sont demandés les examens complémentaires importants et absolument indispensables, ce qui explique leur nombre réduit, par rapport à un autre jour de la semaine.

Pour continuer, nous avons relevé les différents modes de traitement des hospitalisés du service. C'est ainsi que nous avons dressé un tableau (nº 12) dans lequel nous distinguons les traitements per os, par voie parentérale, les perfusions intra-veineuses et sous-cutanées, les transfusions sanguines, les soins locaux, la rééducation.

Précisons tout d'abord que le jour de notre instantané, sur cent trente deux malades, huit soit 6 % n'avaient aucun traitement. L'un de ces huit était porteur d'une sclérose en plaques en période de stabilité. Les sept autres étaient par contre dans une situation reflétant bien les limites actuelles de la capacité d'accueil des maisons de retraite. Tous, en effet, avaient passé une visité médicale favorable pour leur placement en maisons de retraite, mais attendaient que celles-ci disposent de places libres pour quitter le service, attente qui pour quatre d'entre eux dépassait déjà les deux mois.

Parmi les cent vingt quatre autres malades, cent vingt deux bénéficiaient d'un traitement par voie orale, et deux

étaient ce jour-là sous perfusion par voie intra-veineuse. Si l'énorme majorité (plus de 92 %) avait un traitement per os, pour une grande partie d'entre eux, le traitement médical ne s'arrêtait pas là.

C'est ainsi que 11,3 % avait en plus un traitement par voie parentérale (intra-veineuse et intra-musculaires) ; 15 % demandaient des soins locaux, à savoir pansements d'escarres, de plaies, de cicatrices post-opératoires, d'ulcères et troubles trophiques des membres inférieurs, de sondes de trachéotomie et gastrostomie : 54,5 % étaient concernés par les séances quotidienne de rééducation (tableau nº 13) faites soit au lit du malade, soit, pour ceux pouvant se déplacer en salle de rééducation. Enfin, pour compléter ce bilan ajoutons un malade sous transfusion sanguine et un autre sous perfusion par voie sous-cutanée durant les services de veille et de garde, ceci afin d'éviter à ce malade grabataire, désorienté et très affaibli, une déshydratation trop importante au cours de la nuit.

Afin de poursuivre cette étude de l'activité médicale du service, nous avons ensuite fait porter notre enquête sur les actes pratiqués par le personnel para-médical toujours sur une durée de vingt-quatre heures. Etant donné que le degré d'activité du service varie en fonction de l'horaire, nous avons divisé notre étude en trois parties, correspondant au service de jour, de garde et de veille et concernant les ailes A et B du service c'est-à-dire les deux unités de soins femmes (soixante dix malades au total).

Pour ce qui est du service de jour, qui correspond à un horaire allant de 7 heures à 15 heures, le personnel médical

MODE DE TRAITEMENT DES HOSPITALISES DU SERVICE - 132 MALADES

Traitement per os	91 %
Traitement par voie parentérale	11,3 %
Perfusion I.V.	1,5 %
Perfusion S. C.	0,75 %
Transfusions sanguines	0,75 %
Soins locaux	15 %
Rééducation	54 , 5 %

TABLEAU N° 12

ACTIVITES DU SERVICE DE REEDUCATION

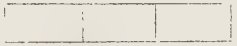
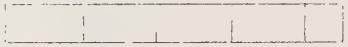
READAPTION A LA MARCHE	
PREVENTIONS D'ESCARRES	
REEDUCATION DES PETITES ARTICULATIONS	
REEDUCATION DES GROSSES ARTICULATIONS	
REEDUCATION DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES DE LONGUE DUREE	
REEDUCATION DES HEMIPLEGIES	
REEDUCATION RESPIRATOIRE	
REEDUCATION DU LANGAGE	

Tableau n° 13

présent était composé :

- du chef de service
- de l'interne (de 9 heures à 12 heures)
- de la surveillante du Plan 3
- de deux infirmières (une par unité de soins)
- de deux aides soignantes
- de trois agents hospitaliers

soit au total, sept membres du personnel infirmier affecté spécialement entre deux unités de soins femmes.

Durant ces huit heures, le personnel infirmier a du assurer le travail suivant :

- toilette intime de trente neuf malades invalides ou désorientées, ne pouvant la faire elles-mêmes
- soins d'hygiène indispensables à vingt deux de ces hospitalisées (parmi les trente-neuf)
- soins locaux, se répartissant de la façon suivante :

. préventions d'escarres au siège et aux talons chez vingt cinq malades (35,7 %)
. grands pansements, concernant des pansements d'escarres très étendues, au nombre de quatre dont chacun demande en moyenne pour être correctement effectué un minimum de temps d'une demi-heure en mobilisant deux membres du personnel ;
. moyens pansements, au nombre de trois ; un pansement de plaie d'amputation d'un membre inférieur, en voie de cicatrisation et deux pansements d'ulcères de jambe assez étendus ,
. petits pansements, au nombre de trois également ;

- exécution des prescriptions médicales, se traduisant par :

. onze injections intra-musculaires,
. deux injections intra-veineuses,
. une injection par voie sous-cutanée,
. pose d'une perfusion par voie veineuse,

. pose d'une transfusion sanguine.

- Distribution des médicaments sous forme de comprimés, sirops et suppositoires à faire prendre à trente et une malades invalides ou semi-valides.

- Changement de deux sondes vésicales à demeure, dix malades au total en ayant une en permanence ;

- deux lavages de vessie ;

- changement de position de quatre malades, toutes les trois heures ;

- réfection des lits, changement de linge, ménage des chambres ;

- changement des malades souvent souillés (dix en huit heures) ;

- Alimentation de quatorze malades ne pouvant se nourrir seules, pour le petit déjeuner et le déjeuner,

(assurer le service du repas de midi à celles qui ne se rendent pas au réfectoire ;

- travail habituel de vérification de la pharmacie, stérilisation, cahier de transmission.

Le service de garde qui couvre un horaire allant de 15 heures à 23 heures s'il présente une activité médicale un peu moins soutenue que le service de jour a dû cependant assurer :

- l'exécution des prescriptions médicales :

. 9 injections intra-musculaires,

. une injection par voie sous-cutanée

. pose d'une perfusion par voie sous-cutanée.

- La distribution des médicaments sous forme de comprimés sirops et suppositoires ;

- le changement de position de quatre malades, toutes les trois heures ;

- Le changement des malades fréquemment souillés (quatre au total) ;

- l'alimentation des quatorze malades invalides pour le repas du soir, plus le service du repas à tous les malades qui, pour le dîner, restent dans leur chambre.

Tout ce travail est effectué par un personnel infirmier beaucoup plus réduit que lors du service de jour.

Ainsi, lors de notre instantané, le personnel para-médical du service de garde, toujours pour les deux unités de soins femmes, était réduit à =

- une aide soignante,
- deux agents hospitaliers,

soit seulement trois membres du personnel spécialement affectés aux deux ailes A et B du plan trois (70 malades), étant donné qu'une surveillante s'occupe de tout un bâtiment comprenant douze unités de soins (400 malades) et qu'un interne de garde assure la contre-visite.

Nous notons donc que pour deux unités de soins le nombre des membres du personnel infirmier passe, du service de jour à celui de garde, de sept à trois et que lors du service de garde c'est une aide-soignante et non une infirmière qui est responsable des deux ailes.

Ce phénomène s'aggrave durant le service de veille (fonctionnant de 23 heures à 7 heures qui, bien qu'ayant une activité médicale nettement plus réduite n'est assurée que par deux personnes :

- une infirmière
- une aide-soignante.

ENQUETE PORTANT SUR DEUX UNITES DE SOINS, SOIT 70 MALADES

REPARTITION DU PERSONNEL INFIRMIER SELON DES DIFFERENTS SERVICES

	Service de jour	service de garde	service de veille
INFIRMIERES	2	0	1
AIDE-SOIGNANTES	2	1	1
AGENTS HOSPITALIERS	3	2	0
T O T A L	7	3	2

TABLEAU nº 16

E. QUELQUES REMARQUES

-:-

A la lumière des résultats que nous venons de présenter et avec l'aide de notre expérience de un an dans un service de chroniques, nous voici maintenant amenés à formuler quelques remarques importantes concernant le fonctionnement d'un hôpital pour malades chroniques.

Pour commencer, nous insisterons sur le fait que l'hôpital pour malades chroniques, nouveau venu dans le système hospitalier, est assez mal connu. Combien de fois, en effet, ne recevons nous pas, par exemple, des malades venant d'hôpitaux d'aigus de Paris et accompagnés d'une lettre portant l'adresse suivante : - maison de retraite de Villiers-le-Bel.

Or, tout au long de notre enquête, nous avons montré que l'activité médicale du service, si elle n'atteignait pas évidemment celle d'un service d'aigus, demandait toutefois un personnel médical suffisamment nombreux et qualifié pour faire face aux problèmes posés par les malades.

Ainsi, la fréquence des affections intercurrentes, qui nous l'avons vu concerne 51,5 % des hospitalisés du service, souligne la nécessité d'une surveillance constante de ces malades. Dans la même optique, le nombre élevé des maladies cardio-vasculaires, neurologiques et des troubles psychiques nous

fait regretter l'absence de tout contact régulier avec un spécialiste de ces affections. Aussi en venons-nous à souhaiter la visite régulière de cardiologues, neurologues et psychiatres, selon un processus qui se pratique couramment dans tout hôpital ne bénéficiant pas des services d'un spécialiste en telle ou telle discipline.

C'est ici, en effet, que nous sentons bien qu'un service de chroniques se différencie, de par ses problèmes médicaux, d'une maison de retraite ou d'un hospice et qu'il serait par conséquent heureux que les hôpitaux d'aigus ne les laisse pas trop isolés comme cela se passe souvent.

Le travail effectué par le personnel infirmier est, lui aussi, différent de celui fourni aussi bien dans les services d'aigus que dans les maisons de retraite. Devant le nombre important des grabataires et des semi-valides qui ne peuvent se suffire totalement à eux-mêmes et qui représentent 59,9 % des hospitalisés du service, il est sûr que le personnel infirmier voit une grande partie de sa tâche accaparée par les soins de nursing, l'alimentation, la toilette des malades.

Cette constatation pose le problème, pas nouveau hélas, de l'insuffisance numérique du personnel infirmier. Lorsque l'on voit deux soignants occupés pendant presqu'une heure, chaque jour, à faire les pansements d'escarres d'une malade atteinte d'une sclérose en plaques, on comprend mieux la difficulté d'assurer en même temps les soins prescrits par l'interne et le chef de service. L'exemple suivant, relevé le jour de notre enquête, nous paraît assez significatif à ce sujet : dans une des deux unités de soins femmes de trente cinq malades, comprenant neuf grabataires et douze semi-valides, le personnel était composé d'une infirmière, d'une aide-soignante et d'un agent

hospitalier seulement ...

Le pourcentage élevé des malades présentant des troubles psychiques (34,8 %) est un autre problème important qu'il convient d'aborder maintenant.

Sur le plan médical, nous devons constater une inefficacité assez grande du traitement pharmacologique des troubles psychiques importants (désorientation marquée, gâtisme). Ces échecs, favorisés sûrement par l'absence dans l'hôpital d'une section psychiatrique, arrivent parfois à gêner et même à dérouter dans leur activité les membres du personnel infirmier non préparé et guidé dans cette tâche ingrate et délicate qu'est l'abord du malade mental. Par ailleurs la cohabitation dans une même chambre de malades non atteints psychiquement et de désorientés peut entraîner, dans certains cas que nous avons pu noter, des débuts de perturbation des fonctions intellectuels chez des personnes jusque là lucides.

Si la première solution venant à l'esprit, afin d'essayer d'éviter de tels faits, est celle de regrouper dans une même unité de soins tous les malades mentaux, deux objections majeures peuvent être formulées : - d'abord, il semble que lorsque le pourcentage des désorientations sévères n'excède pas, dans un service, 30 à 35 % (ce qui est le cas dans celui qui nous servit de lieu d'étude) celui-ci peut fonctionner pratiquement normalement, sans être trop perturbé par de tels malades.

- Ensuite, que risque de devenir le personnel infirmier, chargé de s'occuper d'une telle unité de soins composée uniquement de malades mentaux, s'il n'y est pas suffisamment préparé ?

Devant ces chiffres importants de malades âgés (81 % au-dessus de 60 ans) et atteints de troubles psychiques, se pose le problème des services spécialisés de gériatrie avec sections psychiatriques. Notre but n'étant pas de prendre parti pour ou contre de tels services, nous voudrions surtout insister sur un point qui nous paraît fondamental et qui est celui de l'environnement du malade chronique et donc le plus souvent du vieillard hospitalisé dans un tel service.

Au cours de notre enquête, nous avons pu établir que 30,3 % des hospitalisés du service se retrouvaient sans famille et que 27,3 % ne recevaient aucune visite au cours de leur séjour à l'hôpital. Ce pourcentage impressionnant de malades ainsi coupés de toute relation avec le monde extérieur est un phénomène douloureux qui demande et appelle une politique d'action sociale de plus en plus développée à ce niveau.

C'est ainsi que se pose le problème de l'avenir de ces chroniques qui venant d'hôpitaux d'aigus se trouvent dans une phase transitoire lors de leur passage en service de chroniques qui ne pourra en effet s'éterniser et se terminera soit par un placement en maison de retraite, soit par un retour au domicile. Ce denier cas cependant doit être bien souvent rejeté par le personnel médical du service qui préfère envoyer un malade en maison de retraite plutôt que de le faire revenir chez lui dans des conditions matérielles déplorables, abandonné à lui-même.

Nous pouvons regretter, devant des faits si fréquents, la difficulté d'obtenir un service d'aide et de soins à domicile qui doit comprendre au minimum une aide ménagère et un membre du personnel infirmier. Ainsi le chronique n'ayant plus de famille ou délaissé par celle-ci pourrait-il retrouver son chez

soi, apport loin d'être négligeable sur le plan psychologique, comme nous le remarquons souvent.

Pour terminer, nous voudrions insister sur l'importance du service de rééducation dans la thérapeutique du malade chronique. Le rééducateur, malheureusement lui aussi bien souvent débordé, joue un rôle primordial dans les suites d'affections neurologiques, d'accidents vasculaires cérébraux, et des lésions post-traumatiques. Grâce à une salle suffisamment équipée, le service de rééducation de Villiers-le-Bel s'avère efficace dans son travail et constitue un complément indispensable de la pharmacologie.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Nous avons effectué une enquête d'une durée de vingt-quatre heures, dans un service de 132 lits d'un hôpital pour malades chroniques (Charles Richet) fonctionnant depuis sept ans.

Au cours de notre étude, nous avons successivement insisté sur :

- La moyenne d'âge élevée du malade chronique : 81 % des hospitalisés du service ayant plus de soixante ans alors que 2,3 % seulement ont moins de quarante ans.

- La fréquence, en ce qui concerne les motifs allégués d'entrée des malades, de trois types d'affection : les malades cardio-vasculaires (26,2 %) , les atteintes neurologiques (26,5 %); les accidents vasculaires cérébraux que nous avons classé arbitrairement dans une catégorie distincte des deux précédents (12,1 %).

- Le nombre important de diagnostics associés chez un malade chronique 2,4 % en moyenne.

- Le grand pourcentage de malades chroniques présentant en cours d'hospitalisation dans le service des complications

(51,5 %) en tête desquelles arrivent les infections urinaires à répétition (18,5 %), les épisodes bronchitiques (13 %), les troubles digestifs (10 %); les accidents vasculaires cérébraux (7 %).

- L'activité réduite du malade chronique, liée en dehors de son grand âge, au nombre élevé de désorientés (21,9 % de désorientations marquées) et d'invalides (24 %) et semi-valides (35,6 %).

- Les relations du malade chronique avec le monde extérieur (famille, amis). Nous avons ainsi constaté que 27,3 % des hospitalisés du service ne recevaient aucune visite, les autres se contentant d'une visite une fois par semaine.

- L'activité médicale du service qui si elle n'atteint pas celle d'un hôpital d'aigus demande un personnel compétent et un équipement suffisant.

- La grande part de travail consacrée par le personnel infirmier aux soins de nursing, à la toilette et à l'alimentation des malades.

- Le nombre nettement insuffisant de ce personnel : sept pour soixante dix malades lors du service de jour (7 h à 15 heures), trois lors du service de garde (15 à 23 h), deux lors du service de veille (23 h à 7 h).

- l'importance, sur le plan thérapeutique, du service de rééducation dans un service de chroniques (54,5 %) des malades en bénéficiant).

Ainsi, nous avons démontré tout àu long de notre étude que l'hôpital pour malades chroniques fonctionne à un rythme soutenu, encore loin cependant de ce qu'il devrait être, et que par conséquent il a une place plus importante à prendre dans notre système hospitalier.

-:-

BIBLIOGRAPHIE

-:-

1. La Presse Médicale, 15 décembre 1970, 70; nº 54.
La première année de fonctionnement d'un service de chronique, par M.M.A. RAVINA, R. CHOVELON, A. PLACE-VEAGHNES et H. FORCE.

2. Revue l'Hôpital à Paris, IVe, 56, mars-avril 1969.
A propos de 100 cas d'hémiplégie. Evolution et pronostic par le Pr H. PEQUIGNOT, P. DELAPORTE, Françoise LEBON et collaborateurs.

3. Revue l'Hôpital à Paris, IVé, 59, sept.-octobre 1969.
Pathologie du sujet âgé en milieu hospitalier, par le Pr H. PEQUIGNOT, O.P. VOISIN et collaborateurs.

4. Revue l'Hôpital à Paris, IVe, 64, juillet-août 1970.
Hôpital René Muret à SEVRAN. Rapport d'activité 1967-1968, par C. DEGARDIN et le Pr A. JARMIOU.

5. La Revue du Praticien, Tome XXII, Ve, 2-11-1-72.
Le vieillard et sa pathologie.

6. Le Concours Médical, nº 3, 15 janvier 1972.
Les équipements sanitaires destinés aux personnes âgées.
C. CHABRUN.

7. La Presse médicale, 74, nº 1, 1er janvier 1966.
L'HOPITAL CHARLES RICHET à VILLIERS LE BEL. Réalisation pour malades chroniques.

8. Le Concours Médical, 61, 1968.
Soins médicaux et réhabilitation des personnes âgées, par FRANZ U. STEINBERG.

9. Le Concours Médical, 7, VI, 1969.
Problèmes de géronto-psychiatrie dans un service de médecine générale, par H. PEQUIGNOT, B. CHRISTOFORON, P. VAN AMERONGEN.

10. Cahiers du Collège de Médecine, Tome 10, nº 17, 1969.
La rééducation motrice du vieillard, par G. CUNY et M. TEMETTE.

11. Revue française de gérontologie, Tome XVII, nº 1, février 1971
La vie collective : solutions ou palliatifs*
Claudette COLIOT.
* Texte d'un exposé à l'école d'authopologie.

12. Semaine médicale, 20 octobre 1970.
Editorial : Les vieillards invalides (rapport de l'inspection générale des Affaires sociales).

13. Bulletin population et sociétés, Novembre 1970, nº 30.
Deuxième décenie du développement 1971-m980, par P. LONGONE.

14. Population et sociétés, janvier 1972, nº 43.
Mortalité et morbidité, par p. LONGOME.

15. Psychologie médicale et sciences humaines appliquées à la santé. Tome 3, nº 1, 1971, SPEI Editeur S.A.

16. Revue Confrontations psychiatriques, nº 5, 1970.
Editions administration SPECIA.
Psychopathologie de la vieillesse.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-